

HISTORIA DE LAS TERAPIAS BREVES Y FOCALIZADAS EN ARGENTINA SU IMPORTANCIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

HISTORY OF THE BRIEF AND FOCUSED PSYCHOTHERAPIES IN ARGENTINA ITS IMPORTANCE IN PRIMARY HEALTH CARE

Ignacio Barreira
Universidad del Salvador
ibarreira@yahoo.com

Resumen

Desde sus inicios, las terapias breves y focalizadas han servido como instrumento de democratización de la psicoterapia, permitiendo la llegada de la asistencia psicológica a un gran número de personas en diferentes países. Este dispositivo encontró su desarrollo en la necesidad de llegar a una mayor cantidad de personas y su metodología puede ser aplicada a diferentes enfoques en psicoterapia independientemente del soporte teórico conceptual de las mismas. En nuestro país esta modalidad de tratamiento presenta una historia particular, iniciándose con los enfoques psicoanalíticos, pero luego abriendo el espectro a otros enfoques como el sistémico y el cognitivo. En el presente artículo se revisan los lineamientos generales de sus diferentes modalidades y los abordajes que este dispositivo ha ido desarrollando desde sus inicios hasta nuestros días, destacando la importancia de las psicoterapias en la planificación de la APS del sistema argentino de salud mental. Asimismo, se hace referencia a modelos de intervención provenientes de otros países del mundo, básicamente de Europa, y se compara con la República Argentina, para ilustrar la situación.

Palabras clave: Sistemas de salud mental; Administración de recursos sanitarios; Psicoterapias breves y focalizadas; Abordaje en psicoterapia.

Agradecimiento: Red de Psiquiatría y Psicología Instituto Frenopático SA UTE. Sanatorio San Gabriel (Sede CABA), institución donde se realizó este trabajo.

Abstract

Since its origins, brief and focalized psychotherapies had served as an instrument of the mental health democratization, allowing the psychotherapy to reach major number of persons in different countries. The development of this device relies on the need of generating access for a greater number of people. This methodology can be applied to different models in psychotherapy regardless of the conceptual theoretical support of it. In Argentina, this modality of treatment presents a particular story, starting with psychoanalytical approaches, but after opening the spectrum of other approaches such as systemic or cognitive. In this article we revise the general lineaments of different modalities and approaches that this system had developed since its beginnings up to these days, highlighting its importance in the planning of the Primary Health Care in Argentinian Mental Health System. Likewise, we reference intervention models from other countries, mainly European models, and comparatively from Argentina, to illustrate this situation.

Keywords: Mental Health Systems; Administration in health resources; Brief and focalized psychotherapies; Psychotherapy approach.

“Ahora supongamos que una organización cualquiera nos permitiese multiplicar nuestro número hasta el punto de poder tratar grandes masas de hombres (...) Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes que el Estado sienta como obligatorios estos deberes. Y las circunstancias del presente acaso difieran todavía más ese momento; así, es probable que sea la beneficencia privada la que inicie tales institutos. De todos modos, alguna vez ocurrirá. Cuando eso suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones” (Freud, 1918, p. 162-163).

Introducción

En los últimos años se advierte en el mundo entero una tendencia cada vez más marcada a implementar terapias breves y focalizadas. En Argentina esta tendencia se observa tanto en los servicios de salud mental como en las obras sociales y las prepagas. Este fenómeno obedece a la creciente asimilación de la psicoterapia en las comunidades de diferentes países. El hecho de ser un instrumento de bajo costo y suma utilidad en materia de salud mental (Fernández-Álvarez, 2011) ha llevado a la proliferación de este dispositivo, alcanzando un desarrollo significativo. El protagonismo de los

tratamientos psicológicos en el trabajo de salud mental es un dato inobjetable del siglo XX.

Habiendo concluido la primera década del siglo XXI, nos encontramos el siguiente panorama:

“La OMS señala a la psicoterapia (y la terapia cognitiva en particular) como una de las herramientas eficientes en el campo asistencial. Esta definición ha contribuido a que los órganos del gobierno en todo el mundo aumenten las partidas para la asignación de recursos en los centros de atención y en las organizaciones encargadas de la formación y la capacitación profesional. Uno de los puntos de la práctica más controversiales en la actualidad está centrado en este punto. A medida que se extiende la asistencia psicoterapéutica y se procura responder a las demandas de un porcentaje mayor de la población, se vuelve imprescindible regular el presupuesto. Lo que ha venido ocurriendo, desde los países más desarrollados hacia el resto de las naciones, es una progresiva escisión entre el ámbito público y el sector privado. El primero concentrado en una práctica masiva, de atención primaria y enfocada sobre las situaciones más agudas y que admiten intervenciones de corta duración, mientras que la práctica privada se fue orientando hacia procedimientos más extensos y que requieren abordajes de mayor complejidad” (Fernández-Álvarez, 2011, p. 19-20).

Este diagnóstico de situación genera una fuerte controversia en nuestro medio. La república Argentina es un país que ha sido intensamente influido por el psicoanálisis desde los inicios de la psicoterapia como disciplina. Para Argentina, el planteo de Fernández-Álvarez es ajeno al imaginario social de un gran número de terapeutas y usuarios de la psicoterapia. Cierta jactancia sostenida desde la consistencia de una cultura humanista encierra una serie de preconceptos a la hora de justificar los tratamientos prolongados únicamente con el argumento de que es la única manera de que los tratamientos sean profundos y duraderos. El supuesto de que lograr profundidad conlleva su tiempo no es revisado. Sin embargo, la duración de los tratamientos no ha sido analizada en relación a otros factores como la democratización de la psicoterapia, es decir, el derecho y la posibilidad de la población a recibir asistencia psicológica, o la administración de los recursos dada dicha democratización, el frecuente error administrativo que supone que el sistema de salud deba sostener los costos de terapias prolongadas con el criterio de la profundización sin advertir diferentes variables que intervienen este fenómeno complejo. Mientras que las psicoterapias sin especificación de tiempo se centran en una planificación libre en relación a la evaluación de la consulta, la definición del abordaje y la planificación de los tratamientos de cara a la resolución de los problemas y conflictos

que motivan la consulta, las psicoterapias breves y focalizadas consisten en la especificación de situaciones relevantes al momento de la consulta por parte de quién la realiza en el contexto de un factor de tiempo generalmente preestablecido y finito (Fiorini, 2015). Esta última diferencia es la que justifica que los sistemas públicos y las empresas privadas de salud opten por la implementación del segundo tipo de psicoterapias en detrimento del primero que quedaría relegado a la consulta particular. En el caso de las internaciones psiquiátricas, ya Leopold Bellak decía en la década del 90 que a la mayoría de los hospitales estatales norteamericanos no se les permitía mantener a los pacientes por más de dos semanas; consecuentemente, la psicoterapia breve debía encontrar su aplicación cuando el paciente y el terapeuta no podían permitirse una terapia de mayor duración (Bellak, 1993). Simultáneamente a este fenómeno, la influencia de la medicina basada en la evidencia a nivel mundial impactó en diferentes países de cara a la articulación entre la propuesta de tratamientos breves y eficaces y la generación de evidencia empírica.

El presente artículo busca realizar un breve repaso histórico el dispositivo de las psicoterapias breves y focalizadas en la República Argentina. Su objetivo es trazar la línea de evolución que esta modalidad de tratamiento ha seguido desde los inicios de la psicoterapia moderna hasta nuestros días en nuestro país dentro de un contexto global.

Breve reseña sobre la concepción de los tratamientos psicológicos en Argentina

Durante el siglo XX se han difundido en Argentina los dispositivos psicoterapéuticos llamados profundos porque un tratamiento de este tipo promete o garantiza una experiencia terapéutica de fondo. En Argentina, la realización de tratamientos psicológicos que apuntan al conocimiento de aspectos conscientes e inconscientes ha constituido la tendencia hegemónica durante el siglo XX; este fenómeno obedece a la poderosa influencia de un psicoanálisis impregnado por una concepción fuertemente aristocrática. Entre los psicoanalistas ha pesado mucho cierto pensamiento expresado por Freud en relación al futuro del psicoanálisis:

“Es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa, y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido en el tratamiento de los neuróticos de guerra. Pero cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus

ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso" (Freud, 1918, p. 163).

Esta idea se ha cristalizado de modo tal que muy pocos psicoanalistas han querido renunciar al oro puro del psicoanálisis. Consecuentemente la tarea de democratización del psicoanálisis se convirtió en un modo de rebajar el status del mismo. Este fenómeno llevó a que muchos psicoanalistas no reconociesen la flexibilización en sus maneras de trabajo para no ser considerados popularizadores del psicoanálisis.

La idea de que todos podemos llegar al fondo de nuestros problemas y resolverlos resulta muy tentador; sin embargo, esta concepción implica un supuesto el paso del tiempo hará lo suyo mientras se apuesta a un cambio que tarde o temprano llegará. Esta cuestión presupone que las soluciones buscadas en los tratamientos psicológicos deberían imponerse en el transcurso de un trabajo sin prisa y sin pausa. Si bien esta concepción no refleja estrictamente la propuesta del psicoanálisis, no por eso dejó de instalarse entre terapeutas y usuarios de la psicoterapia: los segundos conseguirían lo deseado en cuestión de tiempo apelando a cierta tolerancia que el análisis proveerá mientras que los primeros se garantizarían clientela estable y rentable. Esta manera de concebir el trabajo psicoterapéutico ha sido duramente cuestionada por otros enfoques de la psicoterapia (Keegan, 2008).

El hecho de que el psicoanálisis hubiera desembarcado en Argentina a fines de la década de 1930 en una elite social no ha sido un hecho ingenuo (García, 2005). Proveniente de un círculo social con características similares al vienés, esta tendencia impregnó al psicoanálisis argentino ratificando la propuesta del oro del psicoanálisis en detrimento del cobre de la sugestión. De esta manera, para que el psicoanálisis fuese eficaz debía ser realizado muchas veces por semana pagando altos honorarios, tal como sucedía en Europa (Freud, 1918). Este planteo aristocrático decantó, lógicamente, en que sólo podían psicoanalizarse quienes tenían dinero y/o aquellos que aspiraban a convertirse en analistas. En contrapartida, el grueso de la población quedaba al margen del psicoanálisis, sin posibilidad genuina de acceso a una psicoterapia.

Para marcar un contrapunto que ayude a dimensionar lo afirmado podemos observar lo ocurrido en Estados Unidos. Desembarcado veinte años antes que en nuestro país, la llegada del psicoanálisis fue análoga en relación al entorno social que lo recibió, las vicisitudes del mismo resultaron muy diferentes. Los pioneros del psicoanálisis norteamericano fueron exiliados europeos para la misma época en que llegaron a la Argentina (Nos Llopis, 2009). Sin embargo, una concepción diferente sobre el psicoanálisis y la psicoterapia hizo que la implementación de los mismos siguiera de-

rróteros diferentes. En 1941, un año antes de la fundación de APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) en Buenos Aires, el Instituto de Psicoanálisis de Chicago organizó un congreso internacional sobre psicoterapia breve. El mismo influyó fuertemente en el incremento de interés y desarrollo esta metodología. Cinco años después Alexander y French publicaron *Psychoanalytic Therapy*, texto en el que se plantea la necesidad de abreviar el tratamiento analítico y de efectuar terapias breves con una comprensión analítica (Braier, 1984). En Argentina la década del cuarenta fue la de la institucionalización del psicoanálisis mientras que en los '50 las ideas de Melanie Klein impregnaron la APA.

Hubo que esperar hasta 1967 para que se organizara el Coloquio Acta 1967: Investigaciones sobre psicoterapia breve, hito fundacional en Argentina que presentó un valor relativamente similar al de 1941 en Estados Unidos. El primer trabajo sobre la materia en cuestión en nuestro país fue en 1970, *Psicoterapia breve* de Hernán Kesselman con prólogo de José Bleger. El tránsito de las décadas de 1940 a 1970 transcurrió en cada país a su manera, marcando tendencias y caminos diferentes en el modo de entender y desarrollar el psicoanálisis. Sin embargo, los argumentos que los psicoanalistas esgrimieron tanto en Estados Unidos como en Argentina no distaban tanto en la justificación de implementar psicoterapias breves. Un claro ejemplo es lo referido por Leonard Small en 1971 y por Héctor Fiorini en 1973:

“La demanda suscita, en efecto, el interés de los gobiernos por ampliar los servicios de asistencia mental a la comunidad, la proliferación de los programas de seguros de atención mediante pagos mensuales por insistencia de empleados y empleadores, y los esfuerzos manifiestos de la comunidad profesional para la creación de métodos adecuados a las circunstancias. El suministro de personal capacitado no alcanza –y probablemente no pueda alcanzar- para satisfacer esta necesidad; una de las alternativas más claras para la solución del problema consiste en abreviar efectivamente el proceso terapéutico” (Small, 1971, p. 29).

“Los métodos tradicionales resultan insuficientes para satisfacer las necesidades concretas” (Fiorini, 1973, p. 21).

Si bien la recepción del psicoanálisis en los Estados Unidos no fue muy diferente que en la Argentina, las diferencias en los modos de entender y desarrollar el psicoanálisis, las diferentes concepciones de la salud, en particular la administración de sistemas de salud, y la idiosincrasia cultural, resultaron factores que influyeron de manera decisiva en el modo en que la psicoterapia breve se asentó en cada país.

La introducción y desarrollo de las terapias breves y focalizadas en nues-

tro país se inició a partir de la década de 1970. Hernán Kesselman (1970), Héctor Fiorini (1973) Juan Carlos Kusnetzoff (1975) y Eduardo Braier (1984) publicaron los trabajos pioneros, sus propuestas fueron un intento de llevar la psicoterapia hacia una democratización genuina: abreviando los tiempos y focalizando los contenidos de tratamiento se lograría obtener pronto efectos terapéuticos y se lograría llegar a una población mayor de esta manera se podía apuntar a una sociedad más sana en materia salud mental (Fiorini, 1973). En un primer momento estos modelos no alcanzaron el éxito pretendido, aquellas producciones pasaron inadvertidas o fueron abiertamente rechazadas (Braier, 1984). Lo cierto es que esas propuestas tenían en común el desarrollo del psicoanálisis y de la psicoterapia en instituciones de salud mental. Fiorini y Braier hacen explícita referencia al dispositivo de terapias breves en hospitales públicos.

Es importante marcar que a diferencia de los enfoques sistémicos y cognitivos que proponen terapias breves en lugar de terapias prolongadas las terapias breves psicoanalíticas seguían el criterio sanitario de democratización del psicoanálisis y de la psicoterapia. Sin embargo cada escuela de psicoterapia presenta su propio modelo de trabajo específico de acuerdo a su marco referencial: el psicoanalítico, el sistémico, el conductista, el gestáltico y el cognitivista, entre otros (García Arzeno, 1997). Muchos psicoanalistas no consideran que se justifique la indicación de una terapia breve en detrimento a una prolongada de acuerdo a criterios técnicos, psicopatológicos o de eficacia psicoterapéutica. Los enfoques sistémicos y cognitivos surgieron en Argentina como enfoques alternativos al psicoanálisis y se destacaron desde un principio por concebir el dispositivo de terapias breves como una necesidad en la optimización del trabajo con el paciente. Los terapeutas sistémicos y cognitivos comenzaron a nuclearse en instituciones hacia la década de 1970, los mismos postulaban que era posible implementar terapias más breves que las psicoanalíticas con resultados similares. Muchas de estas discusiones ya se habían iniciado en la primera mitad del siglo XX pero el progresivo desarrollo de estos enfoques acentuó las discusiones que separaban cada vez más a los psicoanalistas de los sistémicos y cognitivistas. Las nombradas controversias dieron lugar a la investigación en psicoterapia, movimiento que dejó de buscar la eficacia en los argumentos y comenzó a buscarla en la evidencia.

En la década de 1980, el crecimiento de la psicología como disciplina impactó de manera considerable en el incremento de inscripciones en la universidad. Este hecho junto con la sanción de ley la ley 23.277 conocida como Ley del psicólogo, fueron dando lugar a un número creciente de psicólogos clínicos. Los mismos comenzaron reunirse en grupos de trabajo intentando prolongar la vieja usanza de mantener la práctica de la psico-

terapia particular. La independencia de la tutela de la psiquiatría de los psicólogos gracias a la ley 23.277 incrementó la proliferación de terapeutas autónomos, permitiendo, y también empujando, la llegada de estos a las obras sociales y prepagas como efecto lógico de la búsqueda de trabajo. El crecimiento se dio, no sólo en relación a la cantidad de terapeutas que crecía exponencialmente, sino también en la inclusión de la disciplina en los diferentes ámbitos laborales: educativo, laboral, forense, etc.

Pese a la gran cantidad de psicólogos que continuaron matriculándose no se removieron viejos prejuicios encarnizados en la comunidad psicoanalítica desde sus inicios. Mientras en la República Argentina las obras sociales y prepagas eran las únicas que comenzaban en la implementación de terapias breves y focalizadas -por lógicas cuestiones administrativas y económicas-, la jactancia de varios terapeutas argentinos continuó desarrollándose sobre un circuito cerrado que contempló muy poco intercambio con otras culturas de salud mental, como la norteamericana y las europeas. Los intercambios con otros medios se tuvieron en cuenta sólo en tanto y en cuanto ratificaba la cultura psi Argentina. Un claro ejemplo de esto ha sido, dentro del psicoanálisis, la llegada del kleinismo y del lacanismo a nuestro medio. La llegada de estos enfoques no contempló la posibilidad de implementar terapias breves o focalizadas. Los desarrollos sobre psicoterapia breve, originados en una institución que se hallaba en estrecho contacto con los institutos norteamericanos (APA), no lograron la popularidad del kleinismo y el lacanismo. Dentro del psicoanálisis sólo una minoría de terapeutas se dedicó a incorporar enfoques que contemplaban la modalidad breve y focalizada, y esa implementación siempre se dio en contextos institucionales que contemplaban la posibilidad de acceso a sectores menos pudientes. La democratización quedaba en el sector público mientras que la práctica privada siempre tendía a trabajar con tratamientos propiamente psicoanalíticos, es decir, terapias prolongadas. Esta cuestión no debe sorprender si se tiene en cuenta aquella frase de Freud sobre el oro del psicoanálisis y el cobre de la sugestión. En definitiva, los psicoanalistas se formaron en teorías y técnicas poderosas en relación a la concepción del psiquismo humano y sus posibilidades de cambio, era de esperar que esto fuera llevado a la mayor cantidad posible de ámbitos de la salud mental.

Aparición de enfoques alternativos al psicoanálisis: conflictos y debates

Hasta aquí ha sido planteado el panorama que consideraron los psicoanalistas en la posibilidad de implementar terapias breves. No obstante, ha habido otras corrientes alternativas a las psicoanalíticas que llegaron a nuestro medio provenientes de otros lugares del mundo. En los Estados Unidos,

ciertos enfoques como los sistémicos y cognitivos, comenzaron a cuestionar tanto la modalidad como los tiempos de los tratamientos psicológicos. Para justificar esta posición se esgrimieron muchos argumentos, unos más racionales, otros más pasionales. Por ejemplo, entre las acusaciones más directas se dijo que los tratamientos psicoanalíticos prolongados encubrían ignorancia cuando no mala fe por parte de los terapeutas: la idea que justificaba dicha imputación era que las terapias podían y debían ser más cortas y tener el mismo impacto que las prolongadas; si esto no sucedía era porque los psicoanalistas no hacían nada por intentarlo (Haley, 1990). Si bien las críticas rondaban estas temáticas en general, cada enfoque hizo su apreciación peculiar. Veremos en detalle cada una de estas cuestiones.

Enfoques sistémicos. Las primeras terapias breves sistémicas se instituyeron en Estados Unidos hacia 1967 con la fundación del Centro de Terapia Breve dependiente del M.R.I. (Mental Research Institute) de California. Richard Fisch, John Weakland y Paul Watzlawick se abocaron a la tarea de convertir la terapia breve en una modalidad de psicoterapia en sí misma (Nardone & Watzlawick, 2003). Esta se basaba en dos ideas centrales: a) el terapeuta debe focalizarse en la interacción presente de conductas observables; b) el terapeuta debe intervenir de manera deliberada para alterar el sistema vigente. Estos enfoques llegaron a la Argentina en la década de 1970, por aquella época se abrieron escuelas con profesionales argentinos formados en Estados Unidos. La Asociación Sistémica de Buenos Aires (ASIBA), comenzó a difundir sus trabajos por medio de la revista *Sistemas Familiares* en 1985 (Szprachman de Hubscher, 2003).

Regina Szprachman de Hubscher propone la siguiente caracterización de dichas terapias: a) tienen una duración preestablecida de diez sesiones bajo el criterio de que este formato influye de manera positiva tanto para el terapeuta como para el paciente; b) la idea general que se tiene de los tratamientos psicológicos es que son largos y esto desalienta a un gran número de consultantes; c) *“La terapia breve focalizada en la resolución de un problema dirige su atención a un problema específico y determinado, atendiendo especialmente al circuito interaccional sostenedor del problema, e interviniendo luego en forma deliberada para lograr los cambios deseados”*; d) los que consultan, lo hacen por problemas que quieren resolver; e) la primera tarea, fundamental para el desarrollo del tratamiento es identificar y definir clara y concretamente cuál es el problema que el cliente trae; f) la hipótesis fundamental es que las soluciones intentadas por las personas para resolver dichos problemas, con las responsables de que los mismos persistan (Szprachman de Hubscher, 2003, p.16).

Se trata de una concepción pragmática sobre la psicoterapia. En su afán de lograr resultados más rápido proponen esta modalidad de trabajo sobre

el síntoma, dejando de lado aspectos profundos. La concepción que prima en este enfoque es la de suprimir el síntoma cuanto antes, concepción compartida con la psiquiatría. La propuesta es muy clara: trabajando, y solucionando las problemáticas del aquí y ahora, el paciente no tiene por qué continuar sosteniendo un tratamiento costoso y prolongado. Por estos motivos la técnica consiste en elegir un problema para trabajar en la terapia breve y la metodología parte de la observación directa:

“...qué es lo que pasa en los sistemas de interacción humana, cómo persisten y cómo se los puede alterar más efectivamente. Correspondientemente, nosotros evitamos las preguntas “¿por qué?”. Desde nuestro punto de vista, esta pregunta no es relevante; enredarse con ella comúnmente lleva a preocuparse por las causas subyacentes, “más profundas”, -“históricas, mentales, familiares”- de los problemas de conductas y por el “insight” sobre estas. Esto es, la cuestión del “por qué” tiende a promover una concepción individualista, voluntarista y racionalista de la conducta humana, antes que una focalizada sobre sistemas de interacción e influencia. Más aún, dado que las causas subyacentes son de por sí inferibles más que observables, preocuparse por ellas distrae al terapeuta de una atenta observación del problema actual y de qué conducta puede estar perpetuándolo” (Szprachman de Hubscher, 2003, p. 21).

Esta concepción de la psicoterapia enfrentó a sistémicos y psicoanalistas; la aclaración de los motivos por los que se prescindía del por qué fue asumido como descalificación al psicoanálisis (Haley, 1990; Lankton, 1990; Lazarus y Fay, 1990). Los psicoanalistas rápidamente replicaron que no se podía esperar demasiado del cobre de la sugestión. Las acusaciones se hicieron cruzadas: los sistémicos decían que los psicoanalistas se garantizaban ingresos por un período indefinido -pero claramente prolongado-, mientras podían darse el lujo de dormitar en una ignorancia que preservaba sus intereses; los psicoanalistas acusaban a los sistémicos, y también a otros terapeutas de orientaciones a la psicoterapia breve, de inconsistentes, proponiendo terapias *light* que aliviaban los síntomas pero no solucionaban los problemas de base (Colovini, 2009; Gurevicz, 2009).

Los modelos sistémicos de terapia breve postulan una metodología pragmática, mientras que los enfoques psicoanalíticos consideran que el ajuste o modificación de la técnica se justifica exclusivamente a necesidades comunitarias, por la aspiración de lograr hacer llegar la psicoterapia a una mayor cantidad de personas y fuera de ese objetivo la modificación de la técnica no tendría sentido. A su vez, los terapeutas sistémicos respondían que las terapias breves se justificaban no sólo desde cuestiones teóricas y técnicas, sino también desde la perspectiva del paciente quien se quejaba

de que hacer terapia implicaba abocarse a una tarea de años, situación altamente desmotivante. Además, los sistémicos sostenían fuertemente la convicción de que la existencia de terapias prolongadas presuponía ignorancia en el manejo de la metodología de las terapias breves (Haley, 1990). Por contrapartida, el grueso de los psicoanalistas siguió adhiriendo a la premisa freudiana de que los recursos terapéuticos de un tratamiento efectivo son los mismos en las terapias breves o prolongadas.

Un enfoque basado en problemas actuales no justifica un tratamiento prolongado, ya que la eliminación del problema psicológico alivia y permite continuar con la vida. Los psicoanalistas cuestionaban a los sistémicos qué hacían con los problemas que no podían ser resueltos por este método de los problemas actuales. Aquí entraban en juego variables implicadas en la concepción psicopatológica de cada enfoque, debate que abre la puerta a un sinfín de asuntos teóricos y clínicos de toda índole. En definitiva, esta divisoria de aguas responde a supuestos teóricos, técnicos y epistemológicos, pero sobre todas las cosas se debe entender en desde el contexto sociocultural en que surgen y se sostienen estas propuestas.

Enfoques cognitivos. El enfoque de psicoterapia cognitiva surgió también en Estados Unidos a fines de la década de 1950 y principios de 1960. Aaron Beck, un terapeuta formado en psicoanálisis, insatisfecho los resultados que le rendía su trabajo con técnica psicoanalítica se dedicó a modificar su forma de trabajar y de concebir los problemas clínicos de la psicoterapia. Él mismo define a su concepción psicoterapéutica del siguiente modo: *“La terapia cognitiva es una psicoterapia estructurada, limitada en el tiempo, orientada a la resolución de problemas, cuyo objetivo es modificar el procesamiento de información defectuoso”* (Baringoltz, 2000, p. 20).

La novedad en relación a las terapias psicoanalíticas y sistémicas era la inclusión de un supuesto teórico muy polémico: el error cognitivo (Riso, 2009). El modelo cognitivo de Beck presupone que los trastornos mentales son producto de un proceso de información defectuoso, por lo tanto, la corrección de estos errores cognitivos elimina el trastorno. En principio, la terapia consistía en detectar ciertos pensamientos automáticos en el discurso del paciente, en estos se detectaba la presencia de estos errores cognitivos. La detección de los mismos y su corrección era todo el trabajo de la psicoterapia.

A pesar de las diferencias con el enfoque sistémico, este enfoque es también pragmático, el hecho de que el momento y el contexto cultural norteamericano en que surgió la terapia cognitiva fuera el mismo que el de la psicoterapia sistémica, hacía que el espíritu de ambos enfoques resultase muy similar; por ende, las críticas al psicoanálisis fueron también muy si-

milares. En relación a la duración de los tratamientos psicológicos también proponían, como los sistémicos, un acortamiento de los tiempos a raíz del enfoque adoptado para el trabajo con los pacientes: “La terapia cognitiva adopta el marco del tiempo presente. Aunque la comprensión de sucesos del pasado pueda ser históricamente relevante, el tratamiento debe implicar la modificación del funcionamiento cognitivo habitual” (Baringoltz, 2000, p. 21).

Como el trabajo está enfocado sobre el síntoma, la terapéutica consiste en suprimirlo para que el paciente pueda retornar a su vida normal. De manera similar a los enfoques sistémicos, este trabajo focalizado sobre cuestiones presentes justificaba la brevedad de postratamientos.

En Argentina, la terapia cognitiva, de modo similar a la terapia sistémica, llegó a fines de la década de 1970 (Korman, Viotti, Garay, 2010). A diferencia de esta, los cognitivistas argentinos estaban influidos por una tendencia integracionista; esto quería decir que su actitud frente al psicoanálisis no era polemizante sino más bien conciliadora. De Estados Unidos trajeron la cultura de la investigación empírica en psicoterapia, de allí se importó la noción de que, “no es posible establecer diferencias significativas de éxito entre diferentes procedimientos terapéuticos para el tratamiento de trastornos equivalentes” (Baringoltz, 2000). Esta afirmación se convirtió en un principio de conciliación y diálogo desde los terapeutas cognitivos e integrativos. En Argentina algunos psicoanalistas lo recibieron fríamente aunque se trató de una minoría. Más allá de la receptividad o no de esta sentencia, lo más valioso fue la incorporación de la investigación como una tendencia que permitiese juzgar los resultados de los diferentes enfoques de una manera más objetiva. En este sentido, se dejaron de lado los debates sobre argumentos para apelar a la evidencia. Según Galasso (2010), fue a fines de la década del ochenta que la terapia cognitivo-conductual cobró mayores fuerzas en Argentina mientras que ya venía creciendo de manera exponencial en Europa y Estados Unidos. Pero fue a raíz de las posibilidades de articulación entre la práctica y la investigación clínica que erigió parte de su expansión y crecimiento: “...la terapia cognitivo-conductual se articula a la investigación científica reportando indicadores altísimos de eficacia para la mayoría de los trastornos” (Chambless & Hollon, 1998, p. 13). A partir de la aparición del movimiento de la medicina basada en la evidencia a mediados de los 90, la psicoterapia basada en la evidencia se apoyó en las metodologías de psicoterapias breves cobrando un fuerte impulso tanto en Europa como en Estados Unidos, y en mucho menor medida, en Argentina (Echeburua, Salaberria, De Corral, Polo-López, 2010; Gupta, 2010; Kopitowsky, 2010).

En lo relativo al desarrollo de modelos concretos y específicos de psicoterapias breves y focalizadas, el caso argentino es diferente al de otros paí-

ses. Mientras que en el grueso de los países europeos o en Estado Unidos la tendencia ha sido desarrollar modelos específicos de intervención sobre la base de trastornos mentales, aunando la planificación de servicios en salud mental con la investigación, en Argentina la tendencia ha decantado más en el establecimiento de métodos que se adecuaran al sistema de salud sin precisarse especificidades en relación a métodos que apunten a resultados concretos por cuadro psicopatológico (Fiorini, 2015). Esta última afirmación puede evidenciarse en un trabajo de Felipe Muller y María Carolina Palavezzatti (2015) en el que se investiga la relación entre orientación teórica y práctica clínica. Dicha investigación consiste en un programa iniciado hace poco menos de veinte años en el que intenta averiguar por las escuelas que los psicólogos eligen como referencia de su práctica. No obstante, el trabajo nada dice sobre metodologías específicas o modelos de trabajo al margen de la distribución de la adhesión a diferentes escuelas (Muller & Palavezzatti, 2015).

Modelos de psicoterapias breves. El rol de la investigación

Pese a que en Argentina las psicoterapias breves y focalizadas se han implementado como una modalidad que ha respondido al sistema de APS, existen muy pocos modelos de psicoterapias breves que hayan sido validados. Mientras que en Estados Unidos y Europa la investigación y validación de tratamientos es un hecho que se viene implementando desde la década de 1980 y va cobrando cada vez mayor vigor, en la Argentina la investigación empírica en psicoterapia no logra instalarse en la comunidad psi local de la misma manera que en otros lugares del mundo, con excepción de unos pocos casos como el de Héctor Fernández-Alvarez en la Fundación Aiglé (1992, 2005, 2008, 2011), y las investigaciones de Andrés Roussos (Juan, Etchebarne, Waizmann, Leibovich de Duarte & Roussos, 2009; Roussos, Waizmann & Etchebarne, 2010; Juan, Etchebarne, Gómez Pinedo & Roussos, 2010). En relación a la implementación de sistemas de terapias breves y focalizadas, contamos con los mencionados anteriormente de Fiorini, Braier, Szprachman de Hubscher y Fernández-Alvarez; los mismos constituyen propuestas con fundamento teórico y metodológico. Por otra parte, diferentes empresas prestadoras de servicios en salud mental han debido desarrollar esta modalidad de trabajo a partir de la aparición del Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). No obstante, el criterio sanitario indica en este decreto un número de treinta prestaciones en salud mental anuales, a razón de no más de cuatro por mes, cuestión que hace que muchas empresas se ocupen más en garantizar la cobertura que en implementar modelos de terapias breves y focalizadas. En este sentido, vale

rescatar las empresas prestadoras en salud mental como Prozam o Instituto Frenopático SA UTE que utilizan los criterios de la APS para ofrecer un servicio acorde a las posibilidades del PMOE.

Tratamientos psicológicos efectivos. En los siguientes apartados haremos mención a modelos precisos de terapia breve y focalizada, muchos de esos validados de acuerdo a estándares de investigación científica. Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo-López (2010), presentan un listado de tratamientos psicológicos efectivos validados. El listado por ellos presentados incluye cuatro tratamientos para los trastornos de ansiedad, cuatro tratamientos para la depresión, tres tratamientos para trastornos sexuales y de pareja, cuatro modelos para trastornos adictivos, dos para trastornos psicóticos, nueve tratamientos para trastornos mentales infantiles, y ocho modelos para trastornos de la salud (Echeburúa, Salaberría, De Corral, Polo-López, 2010, pp. 249-251). Estos autores se refieren a tratamientos psicológicos validados sobre la base de la cultura de la medicina basada en la evidencia. Los mismos comentan que el grueso de estos tratamientos son de base cognitiva, destacándose las terapias cognitivo-conductuales como tratamiento de elección y una ausencia generalizada de terapias psicodinámicas.

Más recientemente se han desarrollado programas de diversa índole dentro de los que se destacan el Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (PAPI) (Moreno-Rosset, Avila-Espada, De Castro-Pita & Rodríguez-Muñoz, 2015), u otros que desarrollaré en el apartado siguiente en relación a tratamientos de pacientes con trastornos mentales severos.

En Argentina no existen hasta el día de hoy desarrollos de esta índole como en el exterior debido a que las políticas sanitarias presentan una peculiaridad en la que la prioridad al presupuesto se destina a acciones específicas pero sin una planificación de trabajo e investigación de cara a la protocolización de diversos tratamientos. Unos pocos modelos en nuestro país con los desarrollados por Héctor Fiorini, (1973, 2015), Eduardo Braier (1984), Héctor Fernández-Alvarez (1992, 2005, 2008, 2011), Regina Szprachman de Hubscher (2003), Edith Vega (2011), Gabriel Genise (2014), este último con un diseño de caso único. No obstante, como se comentó anteriormente, dichos diseños distan de consistir en modelos validados empíricamente.

Psicoterapias breves en trastornos psiquiátricos graves. En el caso de tratamientos breves estructurados, el modelo de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Leopold Bellak (1993), es uno de los primeros desarrollos que ha permitido su aplicación a diferentes trastornos psiquiátricos. Se trata de un modelo estructurado de psicoterapia a realizarse en diez entrevistas, el mismo constituye una metodología genérica que se adapta a diferentes tras-

tornos mentales como la depresión, el acting out, el intento de suicidio, cuadros psicóticos agudos, enfermedades físicas, trastornos de ansiedad, fobias e histerias de ansiedad, etc. Más tarde en la misma década, el equipo del All Saints Hospital de Birmingham desarrolló un modelo de intervención precoz en casos de esquizofrenia (Birchwood, Macmillan, Smith, 1995). Más acá en el tiempo existen diferentes modelos de intervención para estados psicóticos en general y esquizofrenia particular desde diferentes enfoques y abordajes (Garety, Fowler & Kuipers, 2009; Hayward, Kemp & David, 2009; McFarlane, 2009; Baguley, Butterworth, Fahy, Haddock, Lancashire & Terrier, 2009; Siani & Siciliani, 2009; Kanas, 2009; McGorry, 2009). Se destacan en los países escandinavos los programas finlandés y noruego. En Finlandia existe una programa que se viene desarrollando desde la década de 1980, basado en el Proyecto Turku para la esquizofrenia; el mismo ha desarrollado un modelo integrado para el tratamiento de la esquizofrenia y psicosis infantiles fundamentado desde teorías psicodinámicas y sistémicas (Alanen, Lehtinen, Lehtinen, Aaltonen & Rökköläinen, 2009). Por su parte, el modelo noruego se basa en un trabajo que se inicia hacia fines de la década de 1980 y que desemboca en el Proyecto TIP, un estudio multicéntrico realizado en diferentes áreas de Noruega y Dinamarca. Sobre los resultados de la aplicación de este programa en la década de 1990, se desarrolló un modelo de intervención precoz para las psicosis en general desde Noruega para Escandinavia (Johannessen, Larsen, McGlashan & Vaglum, 2009).

Discusión y conclusiones

En Argentina, pese a la proliferación de enfoques en psicoterapia, la discusión sobre la brevedad o prolongación de los tratamientos psicológicos no se ha modificado de manera significativa en los últimos años. Debemos reconocer que el surgimiento de enfoques alternativos al psicoanálisis permitió abrir la discusión sobre la justificación de este tipo de dispositivo, yendo más allá del criterio sanitario como razón jerárquica en la abreviación de los tratamientos psicológicos. La ponderación de criterios sanitarios, científicos y metodológicos, genera disenso en el plano teórico pero no en el plano práctico. Gracias al surgimiento de enfoques integrativos en psicoterapia se han desarrollado nuevos movimientos tendientes al diálogo conciliador, respetuoso y civilizado; esto posibilita hoy en día una propuesta constructiva en vías de un diálogo genuino en lugar la polémica estéril. En este sentido, debemos reconocer que la pluralidad es saludable.

Habiendo pasado varios años de todas estas peleas, podemos pensar que lo verdaderamente cuestionado por los enfoques no-psicoanalíticos, no era tanto la naturaleza del psicoanálisis en sí, sino la falta de autocritica

de muchos psicoanalistas en relación a ciertos aspectos de su práctica: sus tiempos de trabajo y la falta de búsqueda de eficacia en lapsos más cortos. Se les cuestionó por qué estos no se preguntaban por aquellas cuestiones que mantenían y sostenían un circuito funcional estable al servicio de intereses particulares de ciertos sectores.

Si bien aún no se ha logrado la conciliación pretendida, la actualidad de estos debates persiste hoy en un contexto diferente. Debemos agradecer al desarrollo de la investigación en psicoterapia (Keegan, 2008) y al crecimiento de los enfoques tendientes a la confluencia en psicoterapia (Rocca, 2011), el hecho de haber desactivado varias polémicas estériles, conduciéndolas a un diálogo fructífero aunque no por ello menos dificultoso.

Al margen de los debates entre escuelas de psicoterapia, que hacen a la justificación de la brevedad y prolongación de los tratamientos psicológicos por criterios teóricos, técnicos, epistemológicos o clínicos; la visión sanitaria no ha dejado de jugar su rol decisivo en la permanencia de esta propuesta. Si el debate sobre las necesidades sanitarias perdió terreno a manos de las polémicas por la idoneidad profesional para curar rápido, la democratización de la psicoterapia continúa siendo para psicoanalistas y no psicoanalistas el criterio esencial que justifica la implementación de dispositivos psicoterapéuticos breves permitiendo el acceso al mayor número posible de personas. Este fenómeno ha polarizado las prácticas breves y prolongadas en los dos tipos de prestación existente en toda comunidad: el ejercicio de la psicoterapia en la práctica pública y la psicoterapia practicada por actores privados. En este sentido, David Barlow ha trabajado sobre la diferenciación entre lo que él ha distinguido como tratamientos psicológicos y psicoterapias:

“...ha introducido la distinción entre tratamientos psicológicos y psicoterapias. Los primeros estarían destinados a la cura o prevención de una patología específica; mientras que las psicoterapias estarían enfocadas en la resolución de problemas vitales, las relaciones interpersonales y el desarrollo individual. En el primer caso el enfoque está centrado en el síntoma y en el segundo en la personalidad. La distinción se basa en el lugar que ocupan ambos enfoques respecto del sistema de salud. Los tratamientos psicológicos se ajustan a los requerimientos de un sistema de salud mientras que las psicoterapias no necesariamente lo harían. Hay en este sentido una tendencia a incluir los tratamientos psicológicos entre las prestaciones obligatorias y dejar las psicoterapias en el campo de la práctica privada” (Rocca, 2011, p. 7).

Sintetizando los puntos fundamentales que distinguen a los tratamientos psicológicos de las psicoterapias, tal como los concibe Barlow, podemos

establecer el siguiente contrapunto: la duración de los tratamientos psicológicos sería breve, mientras que las psicoterapias serían más prolongadas. El objetivo de los tratamientos psicológicos apuntaría al alivio sintomático, mientras que las psicoterapias al desarrollo personal. En los tratamientos psicológicos se trabajará de manera focalizada, mientras que las psicoterapias serán más amplias y flexibles en relación a los contenidos de trabajo. En relación a los resortes de cambio, en el tratamiento psicológico hay un predominio de la técnica; en cambio, en la psicoterapia predomina la relación entre el terapeuta y el paciente (Rocca, 2011, p. 9).

Si bien la divisoria resulta evidente en relación a estas dos modalidades, la concepción sobre los problemas psicológicos, trastornos mentales, etc.; no varía, ya que la referencia sobre los modos de diagnosticar obedecen a un mismo orden psicopatológico. Un mismo manual diagnóstico puede ser utilizado para indicar un tipo de tratamiento u otro. Las diferencias se hacen evidentes en relación a la técnica de la psicoterapia, pero no necesariamente en relación a la teoría. Otto Kernberg ha escrito sobradamente sobre cómo desde una misma teoría psicoanalítica se pueden justificar diferentes abordajes psicoterapéuticos teniendo en cuenta las características del paciente, su diagnóstico; el objetivo del tratamiento, motivo de consulta o demanda y la indicación del tipo de tratamiento más conveniente por parte del psicoanalista (Kernberg, 2004).

En definitiva, pese a todas las polémicas, se puede concluir que la opción de proponer una modalidad de psicoterapia breve y focalizada no implica la perversión del método psicoterapéutico, sino más bien una adecuación del mismo para lograr una llegada mayor a una población masiva; sea por razones netamente sanitarias o teóricas y metodológicas. En este sentido, se debe diferenciar el criterio argumentativo sobre la calidad de tal o cuál método del criterio sanitario de llegar a la mayor población posible. Si bien ambos criterios se pueden articular, deben definirse los dominios de acción y los planos de pertinencia en la consideración de estas dimensiones: mientras se continúe estudiando, investigando y trabajando sobre la mejor manera de articular nuestros esfuerzos en una mejor calidad de implementación de los recursos en salud mental, el resultado será el mayor beneficio colectivo.

Estas cuestiones deben ayudarnos a pensar con mayor claridad los modos de llegada a la mayor cantidad de personas posible, cubriendo de la mejor manera las necesidades en salud mental de la población, independientemente del enfoque adoptado ya que: un buen enfoque, mal implementado, resulta estéril. En este sentido, la investigación empírica y las tendencias a la confluencia en psicoterapia jugarán un rol vital para articular saludablemente las propuestas de los diferentes enfoques psi y su implementación en la comunidad.

Referencias

- Alanen, Y., Lehtinen, V., Lethinen, K., Altonen, J. & Rakkolainen, V. (2009). El modelo finlandés integrado para el tratamiento precoz de la esquizofrenia. En Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M.; Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 419-464). Barcelona: Herder.
- Baguley, I., Butterworth, A., Fahy, K., Haddock, G., Lancashire, S. y Tarrier, N. (2009). Aplicación práctica clínica de las técnicas que se han mostrado efectivas en el encuadre de la investigación: seguimiento del "Programa Thorn" de las intervenciones psicosociales de familia en el tratamiento de la psicosis. En Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 211-246). Barcelona: Herder.
- Baringoltz, S. (2000). *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*. Buenos Aires: Lumiere.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Birchwood, M., MacMillan, F. y Smith, J. (1995). Intervención precoz. Birchwood, M. y Tarrier, N. (Comps.). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia* (pp.101-141). Barcelona: Ariel.
- Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Colovini, M. (2009). *Una operación política: hacer de un sujeto que sufre, un objeto a controlar*. Psicoanálisis y el Hospital, 35, Invierno 2009, pp. 87-93.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica psicológica*, XIX, 2, 247-256.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2005). *La integración en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Integración y Salud Mental. El proyecto Aiglé 1977-2008*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Fernández-Álvarez, H. (2011). *Paisajes de la psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. Buenos Aires: Polemos.
- Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Fiorini, H. (2015). *Foco, situación y proyecto. Otros ejes para la clínica psicoanalítica*. Córdoba: Ediciones del Boulevard.
- Freud, S. (1918). Nuevos caminos de la psicoterapia psicoanalítica. En *Obras Completas*, Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galasso, L. (2010). *La nueva psicología: breve y eficaz. Terapia cognitiva-conductual*. Buenos Aires: Psicología Argentina.
- García, G. (2005). *La entrada del psicoanálisis en la Argentina. La cronología: redes y nudos*. Buenos Aires: Catálogos.
- García Arzeno, M. E. (1997). *La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada*. Revista cubana de psicología, (14)1, 121-126.
- Garety, P., Fowler, D. y Kuipers, E. (2009). Terapia cognitivo-conductual para pacientes con psicosis. En Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 107-138). Barcelona: Herder.
- Genise, G. (2014). *Psicoterapia cognitivo conductual en un paciente con trastorno negativista desafiante*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XXIII, 2, pp. 145-152.
- Gupta, M. (2010). ¿Qué es la "Evidencia" en la Psiquiatría? Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, XXI, pp. 436-443.
- Gurevicz, M. G. (2009). *La desorientación del trastorno o la orientación del síntoma*. Psicoanálisis y el Hospital, 35, Invierno 2009, pp. 28-32.
- Haley, J. (1990). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En Zeig, J. y Gilligan, G. (Eds.). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 27-43). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hayward, P., Kemp, R. y David, A. (2009). Terapia directiva: un abordaje en colaboración con la medicación psiquiátrica. Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 139-166). Barcelona: Herder.
- Johannessen, J., Larsen, T., McGlashan, T. y Vaglum, P. (2009). Intervención precoz en la psicosis: El Proyecto TIPS, un estudio multicéntrico en Escandinavia. En Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 381-417). Barcelona: Herder.
- Juan, S., Etchebarne, I., Gómez Penedo, J. y Roussos, A. (2010). Una perspectiva psicoanalítica sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada: Raíces históricas y tendencias actuales. *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*, 14, 197-219.
- Juan, S., Etchebarne, I., Waizmann, V., Leibovich de Duarte, A. y Roussos, A. (2009). El proceso inferencial clínico, el pronóstico y las intervenciones del psicoterapeuta. *Anuario de Investigaciones*, 16(1), 43-51.
- Kanas, N. (2009). Terapia de grupo y esquizofrenia: un modelo integrativo.

- En Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 247-268). Barcelona: Herder.
- Keegan, E. (2008). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kernberg, O. (2004). Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas. En Kernberg, O. *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica* (pp. 93-115). Distrito Federal: Manual Moderno.
- Kesselman, H. (1970). *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Kagierman.
- Kopitowsky, K. (2010). Luces y sombras de la Medicina Basada en la Evidencia. Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXI, 431-435.
- Korman, G., Viotti, N. y Garay, C. (2010). Orígenes y Profesionalización de la Psicoterapia Cognitiva. Algunas reflexiones sobre la reconfiguración del campo psi en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX, 141-150.
- Kusnetzoff, J.C. (1975). *Psicoanálisis y psicoterapia breve en la adolescencia*. Buenos Aires: Kagierman.
- Lankton, S. (1990). Simplemente hacemos una buena terapia. En Zeig, J. y Gilligan, G. (Eds.). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 91-108). Buenos Aires: Amorrortu.
- Lazarus, A. y Fay, A. (1990). Psicoterapia breve: ¿tautología u oxímoron? En Zeig, J. y Gilligan, G. (Eds.). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 63-79). Buenos Aires: Amorrortu.
- McFarlane, W. (2009). Grupos multifamiliares psicoeducativos: adaptaciones y resultados. En Martindale, B.; Bateman, A.; Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 167-210). Barcelona: Herder.
- McGorry, P. (2009). Psicoterapia y recuperación en la psicosis temprana: un reto esencial en la clínica y la investigación. En Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 465-505). Barcelona: Herder.
- Moreno-Rosset, C., Avila-Espada, A., De Castro-Pita, F. y Rodríguez-Muñoz, M. (2015). Programa de apoyo psicológico en infertilidad. Primeros datos sobre efectividad clínica a través del estudio de un caso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 5-12.
- Müller, F. y Palavezzatti, M. C. (2015). Orientación teórica y práctica clínica: los psicoterapeutas de Buenos Aires (2012). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (1), 13-21.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2003). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nos Llopis, J. (2009). Historia del psicoanálisis estadounidense desde sus

- orígenes hasta la segunda Guerra Mundial. *Revista de Psicoanálisis*, LXVI (1), 57-77.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Madrid: Paidós.
- Rocca, R. (2011). *Psicoterapia general: Breviario de psicoterapia*. España: Académica Española.
- Roussos, A., Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2010). Common interventions in 2 single cases of Cognitive and Psychoanalytic Psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20 (3), 327-346.
- Siani, R. y Siciliani, O. (2009). *Pacientes con psicosis, psicoterapia y reorganización del self. Un modelo de terapia individual: descripción y estudio piloto*. En Martindale, B., Bateman, A., Crowe, M. y Marginson, F. (Eds.). *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia* (pp. 333-364). Barcelona: Herder.
- Small, L. (1971). *Psicoterapias breves*. México: Gedisa.
- Szprachman de Hubscher, R. (2003). *Terapia Breve. Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar.
- Vega, E. (2011). Un modelo integrativo en el abordaje de niños y sus familias. Su aplicación en psico-neonatología y salas de pediatría. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XX (2) 175-186.

Recibido: 10/2015

Aceptado: 11/2015